

sina barns anpassning. Ibland blir detta mycket tydligt när mindre barn omtolkar tidigare upplevelser till nutid. Som avslutning vill jag ge följande exempel från min egen barnavårdscentral:

En 6-årig kurdisk gosse hade flytt med familjen från Irak där hans hemby vid flera tillfällen bombats och beskjutits från luften. Efter två år i Sverige ritar han en mycket detaljrik bild av detta med anfallande helikoptrar och hus som brinner. När vi frågar honom vem det är som anfaller svarar han: »Svenskarna!».

Referenser

1. Statens Invandrarverk. Mångfald och ursprung. Rapport från ett multietniskt Sverige. Norrköping: Statens Invandrarverk, 1997.
2. Hjerm A. Migrationsmedicinsk forskning. En översikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1995. MFR-rapport 1, 1995.
3. Angel B, Hjerm A. Att möta flyktingbarn och deras familjer. Lund: Studentlitteratur, 1992.
4. Ekblad S, Janson S, Svensson PG. Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber Utbildning, 1996.
5. Bhopal R. Is research into ethnicity and health racist, unsound or important science? BMJ 1997; 314: 1751-6.
6. Malterud K. Kvalitative metoder i medicinsk forskning. Oslo: Tano Aschehoug, 1996.
7. Hjerm A. The health of newly resettled refugee children from Chile and the Middle East [dissertation]. Stockholm: Karolinska Institute, 1990.
8. Lannemyr E. Flyktingbarn på BVC. Arbetsmetoder – ankomstintervju – barnobservation. Karlstad: Landstinget i Värmland, 1995.
9. Keilson H. Sequential traumatization of children. Jerusalem: Plenum Press, 1992.
10. Sack W, Clarke G, Him C, Dickason G, Goff B, Lanham K et al. A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 431-7.
11. Statistiska Centralbyrån. Skilsmässor och separationer. Örebro: SCB, 1995. Demografiska rapporter 1995:1.
12. Janson S, Lannemyr E, Lindsten B. Barn som far illa i flyktingfamiljer. Socialmedicinsk tidskrift 1995; 72: 396-401.
13. Smaje C. Health, Race and Ethnicity. London: Kings Fund Institute, 1995.
14. Thuen F, Sam D. Bruk av säkerhetsutstyr bland invandrerbarn i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 1994; 114: 195-8.
15. Svensson H, Kalthor S, Larsson A. Brännskador frekventa bland invandrerbarn. Läkartidningen 1996; 93: 3905-6.
16. Berfenstam R. Dödligheten i barnolycksfall bland de lägsta i världen. I: SBU. Längre liv och bättre hälsa. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 1997. SBU-rapport nr 132.
17. Janson S. Accident risks for suburban pre-school Jordanian children. J Trop Pediatr 1994; 40: 88-93.
18. Van der Wal MF, van Weert-Waltman ML, Reijneveld SA. Causes of death in Amsterdam children who died abroad 1982-1993. Potential for prevention (english abstract). Ned Tijdschr Geneesk 1996; 140: 777-81.

Trauma och utsatthet hos barn

Ny kunskap ställer krav på begreppsrevision

Hur kan man förstå barns utveckling – såväl möjligheter som hinder? Senaste decenniernas forskning om psykiskt trauma och om risk- och skyddsfaktorer har bidragit till ny kunskap. För att göra denna kunskap allmänt tillgänglig och kliniskt tillämpbar krävs en begreppsrevision utgående från ett barnperspektiv.

Dessa tankar ligger till grund för den forskning om psykiskt trauma och posttraumatiskt stressyndrom hos barn som författarna bedriver vid institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset.

De två senaste decennierna har intensiv forskning bedrivits om å ena sidan betydelsen av psykiskt trauma och den följdverkan detta kan ha på den snabbväxande hjärnan hos barnet, å andra sidan risk- och skyddsfaktorer betydelser för barns utveckling och hälsa. Dessa två forskningsområden har bearbetats parallellt, vilket har lett till ny och i många hänseenden komplementär och viktig kunskap.

Trauma och posttraumatiskt stressyndrom

Psykiskt trauma har definierats olika sedan Sigmund Freud för första gången introducerade sin traumateori vid sekelskiftet [1]. Den traditionella traumadefinitionen lyder: »...händelsens överraskande moment (i betydelsen skild från tidigare livserfarenheter) kombinerat med individens reaktion präglad av jagets sammanbrott» [2].

Författare

ABDULBAGHI AHMAD
överläkare, doktorand

VIVEKA SUNDELIN WAHLSTEN
leg psykolog, fil dr, båda vid institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset, Uppsala.



SERIE Mångkulturell vård

Baserat på empirisk forskning beskrev Horowitz stressreaktionen efter traumatiska händelser som förståndets sätt att begripa, organisera, bearbeta och integrera överväldigande händelser genom att växla mellan en tvångsmässig upprepning och bortträngning av vissa aspekter av trauman [3].

I det amerikanska psykiatriska diagnossystemet (DSM) noteras en liberalisering i definitionen av begreppet trauma, sedan posttraumatiskt stressyndrom för första gången introducerades som en psykiatrisk diagnos år 1980. Medan DSM-III definierar den traumatiska händelsen som »omständigheter som kan vara påfrestande för vem som helst» har den reviderade upplagan DSM-III-R ändrat ordalydelsen till »... utöver den mänskliga erfarenheten» [4].

I DSM-IV, som utkom 1994, preciseras ytterligare den traumatiska händelsen som »... en händelse som innebär död, allvarlig skada (eller hot om detta) eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet» kombinerat med att »personen reagerar med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck». Hos barn kan reaktionen »ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende» [5]. Gemensamt för samtliga traumadefinitioner är att en yttre händelse (stressor) orsakar en specifik reaktion (skada) hos den drabbade individen.

Barns uppfattning om liv och död, tid och rum samt egen och andras integritet skiljer sig från vuxnas. Skillnaden är därför stor mellan vad barn upplever

som hotfullt, skadligt eller skrämmande och vuxnas upplevelser. Beroende på ålder, utvecklingsnivå och tidigare erfarenheter kan barn uppleva liknande händelser som olika hotfulla. En del barn klarar katastrofala situationer utan uppenbara sequelae medan andra barn kan få svåra psykiska skador efter till synes banala händelser.

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan i ett biopsykosocialt perspektiv uppfattas som en psykisk störning efter en överväldigande händelse och kan uppkomma hos barn såväl som hos vuxna. Till följd av att den amerikanska barnpsykiatern Leonore Terr i slutet av 1970-talet publicerade sina observationer av de kidnappade barnen i det lilla samhället Chawchila i Kalifornien, introducerades barnspecifika kriterier för trauma och PTSD för första gången i DSM-III-R 1987 [4].

Utöver att händelsen återkommande skall upplevas i mardrömmar, ges flashbacks i vaket tillstånd eller bidra till repetitiva destruktiva lekar (reenactment) hos det drabbade barnet skall barnet samtidigt uppvisa undvikande av situationer, tankar och känslor som påminner om händelsen, tillbakagång i utvecklingsnivå, bristande tillit, upplevt förkortat framtidsperspektiv samt tecken på överspändhet (hyperarousal) för att tillståndet skall berättiga till diagnosen PTSD.

Flera samverkande händelser

Inom traumaforskningen har man studerat betydelsen av olika enskilda

händelser för barn och vuxna. Händelser man intresserade sig mest för var krig, naturkatastrofer, olycksfall, sexuella övergrepp, misshandel och kidnappning. Det har visat sig att det oftast är flera livshändelser som i samverkan påverkat barnet [6-10].

En uppföljningsstudie efter massflyktt katastrofen i irakiska Kurdistan 1991 visade att inflytelser såsom föräldrars auktoritära agerande, meningsfull sysselsättning samt återvändande till hemtrakterna under FN:s beskydd verkade som möjliga skyddsfaktorer medan faderns frånvaro i familjen, vuxnas oro för kemiska vapen samt deras ovisshet inför framtiden kunde betraktas som riskfaktorer för barnens utveckling av posttraumatiska symptom.

En interaktion mellan stressande och skyddande inflytelser kan säkerligen vara en del av förklaringen till den låga frekvensen av PTSD bland barnen i relation till katastrofens stora omfattning [7]. En skilsmässa kan bli traumatisk för det enskilda barnet först när flera händelser samverkar med varandra såsom föräldrarnas oförmåga att sakligt besvara barnets frågor, långvariga slitningar mellan föräldrarna, förekomst av våld och/eller missbruk.

Barn tar således intryck av ett flertal yttre händelser i samverkan. Potentiellt traumatiska händelser kan sålunda »inhiberas» respektive »aktiveras» av andra.

Pynoos, Steinberg och Goenjian [8] menar att det finns ett starkt samband mellan exponering för traumatisk stress och personlighetsutveckling med

Arbetsuppgifter för barnen i samvaro med vuxna kunde ge en meningsfull sysselsättning och utgjorde således en skyddande faktor som kunde neutralisera en del av barnens traumatiska upplevelser (sårbarhetsfaktorer) under massflyktt katastrofen i irakiska Kurdistan våren 1991.

»spår» av traumatiska händelser i tankar, känslor, beteende och biologi hos det växande barnet. Man har därför börjat använda sig av termen »dose of exposure» eller »utsatthetsdos».

Utsatthet

Diskussionen har förts kring begreppen »barn som far illa», »omsorgssvikt», »multiproblemfamiljer» och »psykosocialt belastade familjer» [11]. Egentligen har man inte kunnat skapa väldefinierade begrepp för att identifiera de problemområden i det riskabla klimatet som påverkar barnets utveckling.

Visserligen har en hel del forskning bedrivits inom detta område, där man försökt definiera en grupp barn som »invulnerable» [12], »resilient» [13], »maskrosbarn» [14] etc, men man har inte helt lyckats förena de två perspektiven personlighetsutveckling och miljöpåverkan.

Risk- och skyddsfaktorer

Inom riskforskningen talar Rutter [15] bl a om riskindikatorer och riskmekanismer. Dessa yttre faktorer benämns i litteraturen som stressorer, riskfaktorer, skydds- respektive sårbarhetsfaktorer. Han menar att risker är beroende av

ANNONS

ANNONS

en kontext (livssammanhang). Likaså är »resilience», dvs förmåga att återhämta sig, inte en självständig förmåga som verkar isolerat. Detta innebär att om ett barn utvecklas gynnsamt eller lyckas »komma igen», trots att det växer upp i en »högriskfamilj», har det haft skyddande faktorer som bidragit till att neutralisera riskfaktorernas inflytande.

De barn som inte utvecklas gynnsamt, dvs de som inte omfattas av skyddande faktorer, kommer däremot att släpa efter alltmer i sin utveckling. Så t ex uppvisar barn i en studie av högriskfamiljer redan från förskoleåldern kraftigt försenad språk- och jagutveckling, störd emotionell utveckling och bristande allmän orientering samt stora inlärningssvårigheter.

De avgörande faktorerna för några av barnen med en mer gynnsam utveckling visade sig dock vara att barnen gavs möjlighet till andra kontakter än de familjen stod för, att de medgavs en kanal så att frustration kunde levas ut och affekter ges utlopp, att de erbjöds en daglig struktur, t ex den som daghemmet står för [9, 11, 16, 17].

Information och kunskap om posttraumatiska stressreaktioner orsakade av enskilda isolerade händelser bör således kompletteras med kunskap om utvecklingskonsekvenser för barn som lever i riskfyllda miljöer där faror ständigt föreligger. Forskare menar att det är nödvändigt att integrera kunskap från angränsande fält, t ex om barn som fosteras av föräldrar med psykopatologisk belastning såsom affektstörningar och borderline-problematik. Intresset för betydelsen av barnmisshandel, familjevåld etc och hur sådant påverkar utvecklingen hos barnet i olika åldrar har därför ökat [18].

Ett utvecklingsperspektiv kompletterar förståelsen av traumatisk stress och dess följdverkningar. Det har också visat sig att interaktion mellan trauman inom en och samma familj eller transgenerationsellt har stor betydelse. Detta innebär att traumatiska händelser kan leda till ökat våld och ökad barnmisshandel. Forskningen har därför utvidgats till att gälla studier av barn som utsatts för familjevåld, fysisk och psykisk misshandel, mobbning och allmän försummelse (neglect) [19].

Fall 1: Fysisk misshandel. En 10-årig flicka som blivit fysiskt misshandlad under lång tid, upprepar ideligen i sin lek i sandlådan de kränkningar hon fått utstå (reenactment). Hon låter vilda leksaksdjur trampa på, bita eller tugga på mandsdockor på ett utdraget sadistiskt sätt så att de dör, något som upprepas gång efter annan i leken. Flickan smackar med munnen, samtidigt

som hon »förgör» docka efter docka.

Hennes intellektuella utveckling är mycket ojämn och klart försenad i en mängd olika funktioner. Flickan har över huvud taget svårt att koncentrera sig och vara uppmärksam, när hon skall svara på frågorna i testet. Hon är dessutom mycket störd i sin kontaktförmåga och bär på en svår aggressivitet. Hon kommer från en välutbildad och till det yttre väl fungerande familj.

Det blir alltmer tydligt att forskning om traumats betydelse kan fogas ihop med forskning om risk- och skyddsfaktorer betydelse för barn. De effekter som olika riskfaktorer kan ha på barnets utveckling finner man även bland barn som utsatts för trauman. Det kan ju förefalla ganska självklart, eftersom barn som växer upp i högriskfamiljer även utsätts för trauman.

Det intressanta är emellertid hur man kan särskilja betydelsen av ett olämpligt klimat i familjemiljön från betydelsen av enskilda händelser; eller kan det vara så att även detta olämpliga familjeklimat, som fått olika benämningar inom forskning och klinisk verksamhet såsom »utsatta barn» [20], »barn i psykosociala riskmiljöer» [11], »omsorgssvikt» [21] och »fattigdomsfaktor» [22, Friedrich Lösel, Stockholm, opubl data, 1996], i själva verket består av flera skadliga moment (trauman) som på olika sätt stör utvecklingsprocessen och dess dynamik hos barnet?

De traumatiska moment som kan finnas i ett sådant olämpligt klimat leder förmodligen till olika posttraumatiska stresstillstånd beroende på barnets ålder och utvecklingsnivå, traumats intensitet, innehåll och mångfald samt barnets tidigare erfarenheter.

Personer med tidigare traumatiska upplevelser kan efter adekvat stöd och bearbetning utveckla och få med sig »nya verktyg i bagaget» som ger dem bättre förmåga att hantera framtida trauman. Dessa erfarenheter kan ge upphov till skyddande mekanismer såsom bemästringsstrategier, positiva grundantaganden om den egna förmågan och nya färdigheter.

Negativa erfarenheter däremot, såsom obearbetade traumatiska upplevelser, retraumatisering (förekomst av upprepade traumatiska erfarenheter), förluster, sammanbrott i sociala nätverk och försummelse, utgör sårbarhets- eller riskfaktorer som ökar risken för psykopatologisk utveckling.

Posttraumatiskt stressyndrom föreligger sällan som enda diagnos utan det vanliga är en betydande samsjuklighet (komorbiditet). Vilken psykopatologi finner man hos traumatiserade och utsatta barn?

Psykopatologi

Psykopatologin efter trauma/utsatthet har man tidigare huvudsakligen beskrivit som hysteri, depression, separationsångest och komplicerad sorg, men numera även som andra ångeststörningar, uppmärksamhetsstörningar, hyperaktivitet, fobiskt undvikande och andra beteendeproblem, personlighetsstörningar och drogmissbruk.

Man menar att det också är nödvändigt att utforska huruvida PTSD kan vara orsak till samsjuklighet och ge upphov till retraumatisering. Risk för retraumatisering föreligger när det traumatiserade barnet utvecklar en omogen strävan efter självständighet, vilket kan yttra sig som för tidig pubertet, för tidig sexuell debut och tidig missbruks- och/eller brottskarriär.

Utöver dessa tillstånd kan även »hyperarousal» och övriga överretbarhets-kriterier för PTSD öka risken för det drabbade barnet att hamna i ytterligare situationer med traumatiskt innehåll.

De vanligaste tillstånden, som förekommer tillsammans med PTSD, är depression, paniksyndrom, sömnstörningar, uppmärksamhetsstörningar, fobiska tillstånd, dissociativa störningar, uppförandestörningar och personlighetsstörningar. De överlappar i sina kliniska bilder med PTSD, vilket kan antyda en gemensam bakomliggande patogenes.

Man önskar dessutom närmare få veta hur traumatisk stress kan påverka utvecklingskompetensen. Så har t ex förskolebarn en kompetens att kunna återge en berättelse i ett tidsriktigt förlopp med början, mittparti och slut.

Forskning i fråga om förskolebarn som upplevt familje- eller samhällsvåld visar att de misslyckas med den uppgiften och berättar mer eller mindre kaotiskt utan att de behöver vara dissociativa. Fantasin och förmågan till symboltänkande kan också bli störda. Inlärningssvårigheter har påvisats hos barn som bevitnat familjevåld.

Familjevåld innebär en mängd olika traumatiska händelser och ger tydliga utvecklingsstörningar hos barn. De blir aggressiva, kan få uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar, inlärningsproblem, läs- och skrivsvårigheter och andra kognitiva handikapp, personlighetsstörningar samt en mängd olika beteendestörningar [12, 13, 18, 19, 23-25].

Fall 2: Familjevåld. En 10-årig pojke från en »högriskmiljö» har med sin familj blivit hotad till livet i en uppgörelse mellan vuxna. Det har även förelegat misstanke om att han kan ha varit utsatt för sexuella övergrepp. Pojken har försenats kraftigt i sin intellektuella utveckling och bli-

vit »halvspråkig», dvs behärskar varken sitt modersmål eller något annat språk bra (Figur 1).

Han är dissociativ, kan inte beskriva enskilda händelser på ett adekvat sätt eller ge en bild av hur familjen ser ut, hur gamla familjemedlemmarna är, etc. Han har även utvecklat uppmärksamhets- och koncentrationsstörningar, läs- och skrivsvårigheter samt inlärningsproblem. När han ombeds att berätta vad han ser på ett antal bilder ges upprepade beskrivningar av individer som dör, trots att bilderna inte illustrerar något sådant.

Försummelse

Förutom att barn påverkas av enskilda svåra händelser vet man nu också att barn som försummas kan drabbas av intellektuella och neuropsykiatriska handikapp. Med djurexperiment har man visat att om avkomman inte ges möjlighet till närhet, omvårdnad och stimulans, utvecklas hjärnan inte på ett adekvat sätt.

Den intellektuella och känslomässiga stimuleringen under första levnadsåren är således mycket viktig för nervsystemets utveckling. Celler som inte stimuleras atrofierar, och individen drabbas på så sätt av bestående brister. Efter födelsen är det viktigt att stimulera den unga hjärnan för att få en gynnsam neuron- och synapsutveckling. Hos människor och däggdjur bildas vid inlärning nya utskott på nervcellerna samt nya synapser dem emellan för kommunikation.

Ett nyfött barn, som inte ges möjlighet till synintryck under sina två första år, blir blint. Detsamma tycks gälla andra funktioner, dvs om barnet inte ges t ex språklig stimulans får det språkhandikapp. Men de kritiska tidsgränserna, dvs när det kan vara för sent för andra funktioner, ligger senare i barnets utveckling än vad som gäller för synförmågan.

Neurofysiologi och personlighetsstörningar

Barn som traumatiserats kan dessutom uppvisa förändringar som kan studeras neurofysiologiskt och som kan vara associerade med personlighetsstörningar. Dessa förändringar hos traumatiserade barn splittrar den normala mognaden hos barnet [26]. Störningar i mognaden av att bli skrämdd kan således få allvarliga konsekvenser för olika funktioner i utveckling.

Förlust av den hämmande kontrollen av skrämreflexen kan störa förvärvandet av en rad förmågor, som ökad kontroll av aktivitetsnivån, förmåga att reflektera, inlärningsförmåga och förmåga till koncentration och uppmärksamhet.

Även sömn och aggressivitet påverkas. Olika personlighetsstörningar kan då utvecklas, som dissociativa tillstånd, borderline-störning och multipla personligheter, störningar som kan debutera i förskoleålder.

Minne

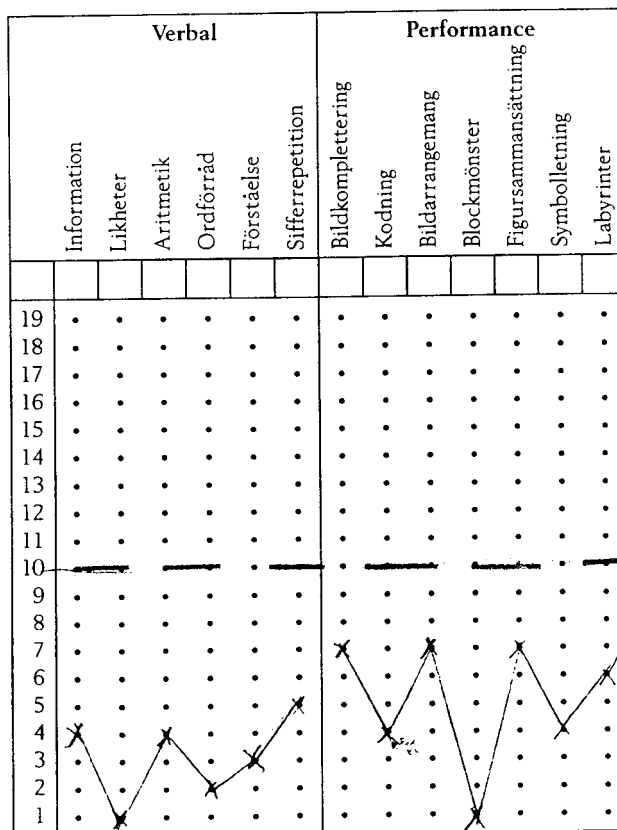
Även minnesfunktionen kan påverkas av traumatiska livshändelser. Om ett litet barn blir sexuellt utnyttjat, skadat eller fysiskt betvingat har det inte tillräcklig mognad att ögonblick för ögonblick observera, registrera, lokalisera eller följa upp sina sinnesintryck, känslor och tankar.

Ju yngre barnet är, desto vanligare är det att hela sammanhanget då blir definierat som en enstaka perception, ett ljud eller en lukt, som härrör från den händelse som förorsakat barnet skada och/eller smärta. Svårt traumatiserade barn försöker förminska eller försvaga upplevelsen av traumat genom att upprepa händelsen i leken, tankarna och beskrivningarna.

Små barn fragmenterar händelseförloppet eller dissocierar, vilket kan sägas vara en inadekvat strategi för att komma ihåg och integrera de traumatiska erfarenheterna.

Fall 3: Misstanke om sexuella övergrepp. En 10-årig flicka kommer för utredning, då man tror att

WISC III Profil (Vägda poäng)



Figur 1. Begåvnings-test på pojken i Fall 2 visar tydlig profilskillnad mellan den verbala delen och den praktiska delen (förutom att båda profilerna ligger under det genomsnittliga; normala värden ligger mellan 9 och 11). Detta kan delvis förklaras av familjevåld och utsatthet.

hon utvecklat en psykos. Hon är kraftigt försenad i sin intellektuella utveckling inom vissa delfunktioner. Hon ger ett mycket omoget intryck. Stundtals är hon helt osammanhängande i sina redogörelser. Det blir svårt att följa hennes tankebanor. Hon uppvisar dissociativa drag. I sandlådeleken blir hon helt kaotisk och ostrukturerad, kan inte leka.

Hon uppberar gång efter annan att hon avskyr att åka den röda »rutschkanan», en association som inte har med materialet att göra. Denna association återkommer hon ständigt till. När hon ombeds att berätta om den röda rutschkanan, svarar hon att det är »den med blod». Därefter kommer en redogörelse som liknar olika fragment av en och samma upplevelse.

Hon berättar att hon befann sig »naken med några gubbar» (vet inte hur det kom sig), hon fick »spya i munnen som luktade råkor», hon var placerad på en rutschkana där det fanns blod (vet inte varifrån det kom, det kan ha kommit från henne), hon åkte nedför rutschkanan, »svimmade», »ett folk» förde henne hem etc.

Ytterligare forskning om hjärnans funktioner

Förhållandet mellan den högra, icke dominanta hjärnhalvan (som funktionellt är mest inblandad i affekter) och

ANNONS

den vänstra, dominanta halvan (som huvudsakligen är aktionsinriktad) samt klargörandet av hur minnesinformation från olika sinnesorgan lagras och bearbetas i hjärnan har intresserat traumaforskare alltmer sedan 1980-talet.

Man har funnit att individer som utsatts för svåra psykiska trauman drabbats av ödem i hippocampus – en påverkan som nu är föremål för fortsatt forskning [27]. Ny forskning visar en reduktion av hippocampusvolymen hos patienter med sådana tillstånd som PTSD, depression och Cushings syndrom [28].

Denna forskning har lett till nya spännande idéer om sambandet mellan sömnens reparativa karaktär, drömmarnas bearbetande funktion i REM-sömnen, dvs ögonrörelsefasen – rapid eye movement, samt den hittills oförklarliga effekten av vissa nya metoder, som EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) [29] och neurolingvistiska programmeringstekniker (NLP), tex rewind-teknik [30], i PTSD-behandling.

Fall 4: Trauma och EMDR-behandling.

En 9-årig pojke kommer för utredning på grund av stamning och affektutbrott. Han är intellektuellt välutvecklad men har stora koncentrations- och uppmärksamhetsstörningar. Det framgår från utredningen att modern begick självmord när pojken var 6 år. Han har inga minnen av modern och vet inte på vad sätt modern har dött.

Pojkens tillstånd uppfyller kriterierna för PTSD enligt DSM-IV, och han ges möjlighet till behandling med EMDR. Efter fem behandlings-sessioner rapporterar pojken flera minnen av modern och skattar klar förbättring i fråga om drygt 83 procent av sina symtom, inklusive stamningen. Uppföljning för kontroll av behandlingsresultat är planerad om en respektive sex månader.

Transkulturellt forskningsperspektiv

I vårt forskningsprojekt försöker vi täcka såväl traumats som risk- och skyddsfaktors betydelse för barns utveckling och hälsa. Syftet är att studera frekvensen av traumatiska upplevelser och PTSD hos dels samtliga kurdiska barn i åldrarna 6–18 år och deras föräldrar i Uppsala kommun, dels en svensk kontrollgrupp matchad med avseende på ålder och kön.

Vi undersöker hur olika livshändelser uppfattas av barn respektive av vuxna, vilka händelser som barn respektive vuxna rapporterar som svåra inom den kurdiska och den svenska gruppen. Sambandet mellan föräldrarnas och barnens traumatiska upplevelse respek-

tive PTSD-utveckling kommer också att studeras.

Familjeförhållanden i tre generationer kommer att kartläggas i ett transkulturellt perspektiv. Ett detaljerat genogram, en »familjekarta», används för att kunna identifiera eventuella transgenerationsfaktorer i fråga om traumatisering respektive utveckling av bemästringsstrategier hos barn.

Med hjälp av halvstrukturerade intervjuer i hemmiljö fångas både barns och vuxnas upplevelser och erfarenheter. Med användning av instrument avsedda för att undersöka livshändelser, hälsotillstånd, funktionsnivå, beteenden och kapacitet, bemästringsstrategier, självuppfattning och neuropsykiatrisk status kommer barnen att jämföras med föräldrarna.

Vi vill alltså söka finna likheter och skillnader i observationer och rapporte-



FOTO: ABDULBAGHI AHMAD

Vilken betydelse har trauma och risk- och skyddsfaktorer för barns utveckling och hälsa?

ringar om vad som uppfattas som traumatiskt, på vilket sätt man hanterar olika händelser, hur reaktionerna ser ut efter dessa händelser och vilka spår dessa upplevelser lämnar efter sig på barnens hälsa och utveckling.

Studien kommer att kunna belysa frågor kring posttraumatiska stressreaktioner, annan psykopatologi samt återhämtning efter utsatthet. Den kommer också att ge ökad kunskap kring uppkomsten av sådana stressreaktioner sett i både ett transkulturellt perspektiv och ett familjeperspektiv. Vilka skyddande faktorer som kan vara av betydelse kommer också att kunna besvaras. Insamlandet av data pågår och beräknas vara klart till hösten 1998.

Referenser

- Freud A, Burlingham DT. War and children. London: Medical War Books, 1943.
- Ahmad A. Symptoms of posttraumatic stress disorder among displaced Kurdish children in Iraq – victims of a man-made disaster after the Gulf-war. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift 1992; 46(5): 315-9.
- Ahmad A, Mohamad K. The socioemotional development of orphans in orphan-

ages and traditional foster care in Iraqi Kurdistan. Child Abuse Negl 1996; 20(12): 1164-73.

- van der Kolk B, Alexander C, McFarlane A, Weisaeth L. Traumatic stress, the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: The Guilford Press, 1996.
- Werner E, Smith S. Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. New York: Cornell University Press, 1992.
- Terr L. Childhood trauma. Am J Psychiatry 1991; 148: 10-9.
- Sundelin Wahlsten V. Utveckling och överlevnad, en studie av barn i psykosociala riskmiljöer [dissertation]. Stockholm: Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet, 1991.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf J, Masten A, Cicchetti D, Nuechterlein K, Weintraub S, eds. Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge: Cambridge University Press, 1990: 181-214.
- Sundelin Wahlsten V. Development and survival: A study of children at risk living in adverse psychosocial milieu. Child Abuse Negl 1993; 18(9): 715-23.
- Sundelin Wahlsten V. Utveckling till överlevnad. Utsatta familjer möter socialtjänst, hälsovård och skola. Stockholm: Kommentus förlag, 1997.
- Sroufe L. Considering normal and abnormal together: The essence of developmental psychopathology. Dev Psychopathol 1990; 2: 335-47.
- Sundelin Wahlsten V. Hur mår barnen i Sverige? Stockholm: Kommentus förlag, 1992.
- Magnusson D. The lifespan development of individuals: Behavioral neurobiological and psychosocial perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. J Trauma Stress 1989; 2: 199-223.
- Muss D. A new technique for treating post-traumatic stress disorder. Br J Clin Psychol 1991; 30: 91-2.

En fullständig referenslista kan rekvideras från Överläkare Abdulbaghi Ahmad, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Akademiska sjukhuset, 750 17 Uppsala.

Summary

Child trauma and vulnerability; new knowledge necessitates conceptual revision

Abdulbaghi Ahmad, Viveka Sundelin Wahlsten

Läkartidningen 1998; 95: 1955-62

How are we to understand a child's development – both the potentiating and inhibiting factors? The past two decades have witnessed intensive research both on mental trauma and its possible effects on the child's developing brain, and on the importance of risk factors and protective factors in children's development and health. Research in these two fields has been conducted concurrently and has yielded new, important, and in many cases complementary, information. To promote the general availability and clinical applicability of these advances in our knowledge, it is necessary to modify our conceptual approach, basing it on the child's perspective instead.

Correspondence: Dr Abdulbaghi Ahmad, Dept of Child and Adolescent Psychiatry, Akademiska sjukhuset, S-750 17 Uppsala.